SAINT - LUC
MEDICAL

LES RAPPORTS DE LA COMMISSION NATIONALE DES PROBLEMES ETHIQUES

Préoccupés des répercussions sur la santé de la femme d'une libéralisation de l'avortement, la Société Médicale de Saint Luc, au cours de sa réunion statutaire du 17 octobre 1976, a étudié les deux rapports de la Commission.

Elle a examiné aussi les répercussions sociales et les problèmes juridiques d'une initiative qui bouleverse l'éthique médicale. Nous livrons au lecteur une étude scientifique qui expose avec clarté les positions en présence.

Dr MARCHANDISE

N° 3 - 1976

LES DEUX RAPPORTS DE LA COMMISSION NATIONALE DES PROBLEMES ETHIQUES RELATIFS A L'AVORTEMENT RESSEMBLANCES ET DISSEMBLANCES

Le 21 juin 1976, la Commission nationale des problèmes éthiques, mise en place par A.R. du 13 décembre 1974 et composée de 25 membres, déposait, au terme de 18 mois de travail, non pas un, mais deux rapports sur le seul problème de l'avortement et de la réforme de la législation en matière d'interruption de grossesse. Le premier, dit rapport majoritaire était signé par 13 de ses membres, en ce compris la présidente; le second, dit minoritaire, portait la signature de 12 autres membres, en ce compris deux des vice-présidents. En bref, la France de M. Giscard d'Estaing.

Les deux rapports n'ayant pas encore été officiellement publiés par le Gouvernement, la presse en a laissé filtrer ce qu'elle a pu en recueillir sans que ces informations soient toujours très claires.

C'est ainsi que dans un article, publié dans le journal Le Soir, on a parlé de l'« **Eau et le Feu** », mais en niant précisément que l'on puisse opposer le rapport des 13 et celui des 12, l'un et l'autre se voulant modérés et se rejoignant presque dans la **modération.**

Cependant qu'un autre périodique parlait tout récemment de **« la Peste et le Choléra »**, le rapport des 13 représentant la peste, et celui des 12 le choléra — autrement dit bonnet blanc et blanc bonnet, mais cette fois-ci dans le sens de la **permissivité.**

Et pourtant l'on peut raisonnablement se poser la question : si véritablement il y a bonnet blanc et blanc bonnet, dans un sens ou dans l'autre, **pourquoi donc y a-t-il eu deux rapports complets** sur le problème de l'avortement ? Et cela après 18 mois de discussions ?

Qu'y a-t-il donc, en fait, de ressemblant et de dissemblant dans les deux rapports ?

Telle est la question majeure qu'il faut aborder pour tenter d'éviter toute équivoque néfaste et à laquelle j'essaierai de répondre aujourd'hui de mon mieux.

Et tout d'abord un **bref rappel historique.**

La Commission était composée de 25 membres, je l'ai dit : 12 médecins, 11 juristes et 2 sociologues, suivant un dosage savamment mélangé.

La mission qui lui vait été confiée par le Gouvernement était triple. Il s'agissait d'émettre, sur des **bases scientifiques,** un avis relatif aux contraceptifs, à l'avortement et à la révision de la législation le concernant, et enfin à la question de l'anonymat de la mère et à celle

du statut de l'enfant né dans l'anonymat. Le tout en vue de l'instauration d'une politique adéquate.

Le problème central, et fondamental de l'avortement était donc mis en sandwich entre celui de la **contraception (moyen de prévention** des grossesses indésirées) et celui de l'**anonymat de la mère** dans l'acte de naissance (moyen de dissuasion à l'avortement : il s'agissait de modifier les règles d'état civil pour permettre à la mère de mettre l'enfant au monde tout en conservant le secret de son identité : l'enfant aurait alors été déclaré « né de mère inconnue » — et a fortiori « de père inconnu », et plus rapidement adoptable).

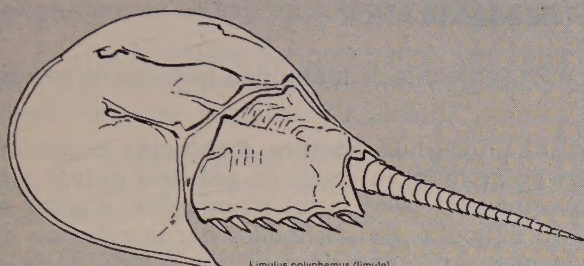
Soucieux de régler ce qui lui paraissait le plus facile à résoudre d'abord, la Commission a commencé ces travaux par le problème de la contraception et celui de l'anonymat. Un **premier rapport** a donc pu être rédigé, de manière un peu hâtive, sur la contraception; c'est ce qui explique qu'il contienne quelques dangers (ex. proposition de délivrer des contraceptifs oraux **sans prescription,** y compris à des mineures). Ce rapport a été à l'époque admis à l'unanimité, moins une voix, et avec quelques réserves de la part de certains membres.

Un second rapport, sur la question de l'**anonymat de la mère,** a été beaucoup plus long à terminer, la question étant extrêmement complexe sur le plan juridique. La solution de l'anonymat a en effet été rejetée à l'unanimité, car cette solution risquait d'avoir des répercussions considérables sur le statut de tous les enfants légitimes ou naturels, qui pourraient ainsi se trouver abandonnés sans aucun contrôle. En revanche le groupe chargé de cette question a voulu préserver dans toute la mesure du possible, la **discrétion** pour la mère qui accepterait de mettre son enfant au monde, en même temps que lui assurer l'aide indispensable et garantir le sort de l'enfant. Cela posait une série de problèmes en chaîne qu'il a fallu de longs mois à résoudre.

La question de l'avortement ne pût donc être abordée de front qu'à partir de la rentrée 1975 (septembre). Il fallut encore 9 mois pour clôturer les travaux.

Concrètement, l'actuel rapport des 13 commença à être rédigé par un groupe plus restreint au courant du mois de janvier 1976. Il était destiné à rallier le plus grand nombre de membres possible. Il s'avéra cependant en mai qu'un groupe de 12 personnes ne pouvaient décidément y souscrire tant en raison de la formulation des « exceptions » que de la rédaction même du rapport proposé et de son absence de bases scientifiques correctes. Il restait donc à ce groupe un mois pour rédiger, non pas une note de minorité, mais un rapport complet, exposant non seulement leurs objectifs et leurs propositions, mais l'ensemble des **données scientifiques** sur lesquelles s'appuyaient leurs conclusions.

Le crabe des Moluques est unique



Limulus polyphemus (limule).
La femelle peut atteindre 60 cm de long.

Limulus polyphemus, le limule ou le crabe des Moluques.

Entre le Maine et le Yucatan, dans le golfe du Mexique, vit cette curieuse espèce qui a évolué de façon à exploiter uniquement sa niche écologique.



Décrit comme étant un «fossile vivant», le Limulus est le seul survivant de l'ordre Xiphisura, dont certaines formes remontent à la période Jurassique.



En fait, le crabe des Moluques n'est nullement un crabe, ses parents les plus proches étant les scorpions et les araignées, c.-à-d. les Arachnides.

PROVIRON est unique



Proviron est un androgène unique spécifiquement destiné au traitement des carences androgéniques de l'homme.

Proviron

- ☐ ne modifie pas la fonction testiculaire, même à long terme.
- ☐ n'abaisse pas le taux de testostérone endogène.
- ☐ n'altère pas la fonction hépatique comme le font d'autres androgènes oraux.

«Seul **Proviron** réunit ces propriétés avec une efficacité confirmée»

Barwin, B.N. & coll., Practitioner, 211, 669, 1973

PROVIRON Comprimés
Androgène actif per os destiné à l'homme.

Composition
1 comprimé de Proviron contient 10 mg ou 25 mg de 1α-méthyl-androstanolone (Mestérolone).

Indications
Réduction des capacités physiques et intellectuelles à l'âge mûr ou avancé, troubles de la puissance virile, stérilité masculine, hypogénitalisme, troubles cardio-circulatoires.

Contre-indication
Cancer de la prostate

Posologie
L'étude clinique démontre la nécessité d'une posologie suffisamment élevée lors du traitement initial, ainsi que dans certaines indications (p. ex. l'hypogénitalisme) où la carence en androgènes est particulièrement forte.
Dans ces cas, les comprimés à 25 mg faciliteront l'emploi de la mestérolone, les malades n'étant pas astreints à absorber tous les jours un nombre élevé de comprimés à 10 mg. Ce dernier dosage restera cependant nécessaire lors d'un traitement d'entretien et dans des cas bénins où la dose quotidienne requise peut être prise facilement sous forme de comprimés à 10 mg.

Traitement initial
Dans toutes les indications, sauf dans l'hypogénitalisme, le traitement initial comporte généralement une dose quotidienne de 3 x 1 compr. à 25 mg. Dans des cas légers, cette dose quotidienne peut être réduite à 3 x 2 compr. à 10 mg.

Poursuite du traitement
1 ou 2 x 1 compr. à 25 mg par jour.
Dans des cas légers, 2 ou 3 x 1 compr. à 10 mg.

Traitement d'entretien
Pour maintenir le résultat thérapeutique, il suffit souvent d'administrer 1 à 2 compr. à 10 mg ou 1/2 à 1 compr. à 25 mg par jour.
Selon la nature et l'intensité des troubles ou des symptômes, on conseille soit une cure de Proviron d'une durée de 4 à 6 semaines, soit un traitement continu de plus longue durée, s'étendant sur plusieurs mois. Au besoin, les cures peuvent être répétées.

Hypogénitalisme
Un traitement prolongé est nécessaire. Pour faire apparaître les caractères sexuels secondaires, administrer une dose quotidienne de 3 ou 4 x 1 compr. à 25 mg pendant plusieurs mois. Comme dose d'entretien, il suffit dans la plupart des cas de 2 x 1 compr. à 25 mg par jour.
Les comprimés de Proviron sont pleinement actifs par voie orale. Aussi est-il superflu de les appliquer par voie «intra-buccale», comme on le recommandait jusqu'ici pour les autres androgènes.
Toutefois, lorsque des doses supérieures à 60 mg par jour sont administrées pendant plusieurs semaines, il est recommandé de surveiller l'intégrité de la fonction hépatique.

Présentations
30 et 150 comprimés à 10 mg
20 et 50 comprimés à 25 mg

PROVIRON, l'androgène unique

Documentation scientifique:
R. COLES S.A. - 1920 DIEGEM
Tél.: (02) **720 48 20** (l. groupées)

SCHERING BENELUX S.A. - 1920 DIEGEM

Telle est donc l'**origine** des deux rapports.

Voyons à présent quel en est le **contenu** et en quoi ils ressemblent ou diffèrent.

I. LES POINTS DE RESSEMBLANCE

A première vue en effet, objectifs et méthodes paraissent se ressembler grandement.

— Il y a effectivement un certain **nombre d'objectifs** communs aux deux groupes : c'est notamment le souci de **prévenir** autant que possible les causes d'avortement; celui aussi d'**accueillir, d'aider et de secourir** les femmes en difficulté, en particulier par la création de **structures d'accueil** et la mise en place de mesures d'**aide sociale,** du reste prévues non pas dans le rapport « avortement » mais dans le rapport « anonymat ».

— Les deux rapports parlent aussi d'**éducation à la parenté responsable,** celui des douze parlant à vrai dire aussi de **« sexualité responsable ».**

— Les deux rapports affirment que l'avortement n'**est pas un droit,** mais qu'il doit rester une exception et qu'en dehors des exceptions prévues par la loi, il doit rester punissable.

— Les deux rapports ont opté aussi, non pas pour une série d'indications, mais pour une **seule formule globale** énonçant dans quels cas l'interruption de grossesse serait légalement tolérée.

— Pas de solution des **« délais »** non plus
et ceci au terme d'un choix entre plusieurs alternatives possibles .

• le statu quo (maintien de la loi actuelle qui ne prévoit aucune exception et renforce les peines pour le médecin) bien que les exceptions soient admises dans la pratique judiciaire

• la **dépénalisation** complète (au moins pour la femme) ou la **« médicalisation »** (dépénalisation complète pour la femme et le médecin, l'avortement étant considéré comme un acte médical ordinaire, l'enfant étant tout-à-fait ignoré) (U.S.A.)

• la **solution des délais** (8 semaines, 12, 15 ou plus...) (France, Suède, Danemark) = dépénalisation limitée dans le temps

• le système des **indications spéciales** (médicales, eugéniques, sociales...)

• et enfin, l'**indication « globale »** dont nous allons reparler.

— enfin, **les modalités (ou procédure)** à suivre en cas de demande d'avortement se ressemblent également : passage par une struc-

ture d'accueil pluridisciplinaire, évaluation globale de la situation, décision restant au médecin et à la femme (mais surtout au médecin), protocoles à remplir, modalités de contrôle.

Sous réserve des différences fondamentales sur lesquelles je reviendrai dans un instant, il faut signaler d'abord qu'il y a à ces convergences au moins apparentes **plusieurs explications.**

— la première est que parmi ces objectifs d'aide et de prévention il en est qui sont sincèrement partagés par tous (structures d'accueil, mesures sociales, éducation)

— la seconde est qu'au terme de longues discussions, bon nombre d'idées et d'arguments avaient été échangés. Le groupe des 12 notamment, avait puissamment mis l'accent sur la notion d'**éducation** et de **prévention;** il avait aussi longuement insisté sur le fait que transformer la catégorie des avortements clandestins en avortements légaux ne constituait pas une solution, mais ne faisait que déplacer le problème et que c'était le **nombre global** d'avortements clandestins et légaux qu'il fallait faire diminuer, en combattant les **causes** mêmes de l'avortement — idée reprise actuellement dans le rapport des treize, de même que l'idée d'éducation —.

D'autre part, l'anonymat de la mère avait été rejeté à l'unanimité, au nom de principes éthiques : on refusait, comme immorale, la possibilité pour la mère, de faire de son enfant un enfant de « personne ». Il devenait dès lors difficile de faire admettre l'idée d'une dépénalisation complète de l'avortement, comme un certain nombre de membres le souhaitait. Par ailleurs, cette proposition n'aurait sans doute pas recueilli l'assentiment d'une majorité, ni dans la commission, ni au Parlement, ni dans la population.

Or le rapport initialement rédigé tendait à rallier une majorité aussi large que possible, et se place sous le signe du pluralisme, soucieux d'apaiser les uns et les autres. Tout ceci explique bien des ressemblances troublantes. Mais il faut voir maintenant quelles sont les dissemblances et elles sont considérables.

Ces différences, il faut les rechercher au niveau :

— du **point de départ** de la démarche de chacun des deux rapports

— des **objectifs**

— de la **formulation et des méthodes** proposées

— des **modalités de contrôle**

— au niveau des **bases scientifiques** qui servent de support aux conclusions respectives

— et enfin de l'**éthique médicale** sous-tendue dans l'un et l'autre rapport.

Que conseiller à vos patientes ?

1°) CHUTE DES CHEVEUX

Le Bain qui correspond à la nature du cheveu.

Traitement : ampoules de lotion antichute à base de liquide amniotique stérilisé.
Entretien : le soin qui correspond à la nature du cheveu.

La laque qui correspond à la nature des cheveux.

2°) LES PELLICULES

Traitement : Bain peeling en coffret de 4 applications, à base de zinc pyridinethione, sur cheveux non mouillés. Masser, émulsionner, rincer.
Entretien : Bain antipelliculaire.

Le soin et la laque qui correspondent à la nature du cheveu.

3°) CHEVEUX GRAS

Bain antiséborrhéique
Soufre organique et esters gras, alterné avec le Bain Equilibreur.

Surfactif Triple
acides aminés soufrés polymères absorbants.

Laque Volumatrice
à base de polymères absorbants.

4°) CHEVEUX SECS

Bain Vitalisant
à base de corps gras et d'éléments cationiques.

Emulsion Riche
à base d'huiles naturelles et de cations actifs.

Laque Vitalisante
à base de polymères cationiques.

5°) CHEVEUX MIXTES (cuir chevelu gras - cheveux secs)

Bain Divalent
à base d'acides aminés soufrés.
Polymères adoucissants.

Soin Divalent
à base d'acides aminés soufrés, de polymères cationiques, d'huile de silicones.

Laque Vitalisante
à base de polymères cationiques.

II. LES POINTS DE DISSEMBLANCE

1. Au niveau du POINT DE DEPART des deux rapports :

— **les treize affirment partir des FAITS, des REALITES SOCIALES,** essentiellement de cette réalité sociale que constitue l'avortement clandestin, et non de VALEURS, qui, sans devoir être ignorées, constituent des abstractions occultant le problème des avortements clandestins et entravant le choix responsable des intéressées et la prise en charge par la société de ses obligations à l'égard de celles-ci (V. Avant-propos). Ils estiment que le droit doit s'adapter à ces réalités (§ 139) et appuient ce point de vue sur une série d'autres faits d'ordre **scientifique** (1ère partie) sur lesquels nous reviendrons plus loin.

— **les douze** (préambule) **estiment qu'ils doivent partir également des FAITS SOCIAUX ET SCIENTIFIQUES** (précis et objectifs), **mais qu'il y a en outre un CONFLIT DE VALEURS** fondamental en jeu tel qu'il a une portée concrète essentielle et vitale pour chaque citoyen et pour la collectivité tout entière. D'où le beson de rechercher un équilibre aussi humain que possible entre les nécessités de la vie et la sauvegarde de certaines valeurs essentielles et même de certaines garanties matérielles pour l'avenir. En tout état de cause, ils estiment que les faits n'ont jamais à dicter purement et simplement le droit (ex. parce que le vol existe et qu'il est fréquemment impuni, on dépénaliserait le vol), mais qu'A PARTIR DES FAITS et d'un nombre d'autres considérations il y a UN CHOIX CONSCIENT ET DELIBERE à faire. C'est le travail de tout législateur responsable.

2. Au niveau des OBJECTIFS :

— Ils sont les mêmes avons-nous dit : prévention, éducation, aide, assistance, parenté responsable.

Mais **avec une divergence fondamentale :** pour les treize — bien qu'ils ne l'expriment pas expressément — la **parenté responsable comprend l'avortement,** c'est-à-dire la décision « responsable » de mettre fin à une grossesse indésirée ou indésirable.

Lorsque les 12 parlent de « parenté responsable » et surtout de « sexualité responsable », ils pensent à la contraception, et à une attitude mûre face à la sexualité, et non à l'avortement qui doit rester dans leur esprit, limité aux cas désespérés.

C'est une différence fondamentale qui n'apparaît pas clairement et qui risque de jeter beaucoup de confusion dans l'esprit du public si celui-ci en vient à confondre parenté responsable et avortement... (celui-ci étant présenté de plus en plus souvent comme un moyen contraceptif, ou post-conceptionnel — ou tout simplement comme un

moyen de « régulation des naissances ») (V. le Rapport des 12, IIIe partie, Données biologiques).

— D'autre part, si l'objectif des uns et des autres est bien la **lutte contre l'avortement « tout court »**, clandestin ou légal, la méthode préconisée par les 13 et les 12 pour parvenir à ce résultat diffère du tout au tout.

Les treize, en effet, tout en affirmant que l'avortement doit demeurer défendu, en principe, considèrent qu'en pratique, il faut libéraliser largement l'avortement pour pouvoir faire diminuer effectivement l'avortement clandestin (V. § 115-116); ils admettent donc (mais sans le dire), dans un premier temps, une large hausse des avortements légaux, pour réduire les clandestins, espérant pouvoir réduire le total à plus longue échéance, grâce à **l'éducation** (qui constitue un autre objectif commun).

Ils estiment à ce propos qu'**une attitude libérale et accueillante** à l'égard de la demande d'avortement **met les femmes en confiance et constitue l'occasion idéale de les éduquer à la contraception** ... (V. la référence à l'expérience hollandaise, § 135 et le correctif apporté à ce propos par le rapport des 12 — Titre III — Données sociologiques et démographiques).

Les 12 au contraire sont partisans de lutter contre les causes de l'avortement, et de résoudre par l'avortement uniquement les cas graves. Mais ils refusent une libéralisation « équivoque » et trop large qui risquerait de **neutraliser** les efforts de prévention et d'éducation.

La divergence est totale et nette : les treize considèrent l'avortement comme une **mesure favorable** à l'éducation du public; les douze comme un **obstacle.** Ils veulent éviter en outre de voir **stimuler la demande** d'avortement — et le **changement de mentalité** — par une loi trop permissive ou équivoque.

De ce double point de vue, les 12 attachent une importance considérable à la **formulation** même de la loi et des causes de justifications éventuelles de l'interruption de grossesse.

3. Du point de vue de la FORMULATION DES EXCEPTIONS

Il ne sert à rien en effet de proclamer que l'avortement reste **interdit en principe** — parce que la vie en devenir de l'enfant mérite d'être protégée et c'est là la seule raison d'être de la loi pénale — et de **neutraliser** immédiatement ce principe par la formulation d'exceptions tellement **extensibles** qu'elles recouvriraient en fait tous les cas ou presque de demande d'avortement (ex. la loi VEIL en France ou la nouvelle loi allemande).

Du simple point de vue **éducatif** d'ailleurs, il est évident qu'une loi « équivoque » n'aurait aucune valeur pédagogique et perdrait vite toute crédibilité aux yeux du public.

D'autre part, une loi « floue et vaporeuse » comme le dit le journal « Notre temps », à propos du rapport des 13 lui-même (le journal en question préconise une solution plus clairement permissive) n'offre **aucun point de référence précis,** ni au médecin, ni à la population, ni aux juges éventuellement chargés de l'appliquer. Il s'agit donc d'un simple brouillard destiné à rassurer les plus craintifs.

Enfin, il faut souligner que la formulation de l'exception constitue la **clé** même de tout le reste : garantie de **sérieux des modalités d'application,** et du **contrôle des abus éventuels.** Si ceux-ci ne sont pas susceptibles d'être réalisés, une libéralisation pure et simple est plus franche et plus honnête.

Or, précisément cette formulation de l'indication « globale » permettant que l'on pratique une interruption de grossesse est aussi le nœud sur lequel les opinions ont été **irréconciliables.**

— **Pour les 13,** la formule retenue est la suivante :

Tout en restant prohibé l'avortement :

« ne constitue ni un crime ni un délit s'il existe un **ENSEMBLE DE CIRCONSTANCES DE NATURE A MENACER DE FAÇON GRAVE ET DURABLE LES CONDITIONS D'EXISTENCE DE LA FEMME.**

L'appréciation de chaque situation individuelle est basée sur une évaluation globale dans laquelle les éléments d'ordre somatique, psychologique et social doivent être pris en considération. Ces divers aspects sont d'ailleurs compris dans la notion actuelle de **santé.**

Les modalités prévues par la loi doivent être respectées.

— **Pour les 12**

L'avortement reste prohibé sauf :
« si la prolongation de la grossesse met la **VIE** de la femme en danger, ou si elle menace de manière **CERTAINE sa SANTE PHYSIQUE OU PSYCHIQUE d'un DOMMAGE GRAVE ET DURABLE, QUI NE PEUT ETRE EVITE AUTREMENT,** et pour autant que soient respectées les modalités prévues par la loi.

Entre les deux, quelle différence ?

Il est clair en effet que la notion de SANTE elle-même, surtout la santé psychique comporte un danger considérable d'élargissement à l'outrance, surtout si on lui appliquait la définition de l'O.M.S. :
« La santé n'est pas l'absence de maladie mais l'état complet de bien-être physique et mental ».

C'est du reste l'argument qu'ont invoqué les 13 pour écarter cette notion : ou bien elle est **trop restrictive** (santé somatique), ou bien elle est trop ambiguë et extensible (santé O.M.S.) et ils lui ont pré-



sedorina
OMIKRON

Traitement rationnel des neuropathies et des insomnies nerveuses, à base de passiflore-barbiturique - polybromures - eupeptiques digestives - sirop hydroglycérique.

à cuillères
ou à cuillèrées
2-3 pro die
suivant le cas
en examen

- ☐ **insomnies**
- ☐ **excitabilité**
- ☐ **anxiété**
- ☐ **névrose cardiaque**
- ☐ **hypertension**
- ☐ **constipation spastique**
- ☐ **dérangement nerveux de la ménopause**
- ☐ **syndromes nerveux de l'enfance, etc.**

OMIKRON-GAGLIARDI
ETS. PHARM. MILAN (Italie)
échantillons sur demande:
STE BELGE
OMIKRON-GAGLIARDI
76, rue de Stassart
BRUXELLES 5

féré une notion « **moins ambiguë et moins extensible** » : la notion de « **conditions d'existence** » (qui se traduit aussi dans d'autres législations, telle la loi VEIL en France, par la notion de « situation de détresse » ... tout en se raccrochant en finale à la notion de santé ...

Il est exact en effet que la notion de SANTE constitue en elle-même une source de danger considérable (le « choléra » auquel j'ai fait allusion au début) si elle devait être interprétée au sens de l'O.M.S. (définition donnée à toutes autres fins que l'avortement et qui ne postule d'ailleurs pas l'utilisation de n'**importe quel moyen,** pas même pour parvenir à une fin justifiée) ou comme elle l'est en Angleterre... Mieux vaudrait alors libéraliser complètement et ouvertement l'avortement.

Mais les 12 ont pris la précaution très explicite de préciser cette notion et le dommage à prendre en considération : il s'agit d'un **état pathologique** d'ordre somatique ou psychique, grave, durable et impossible à éviter autrement (sans que l'adoption soit dans tous les cas un moyen d'éviter automatiquement le dommage en question).

Ils ont ajouté cependant que dans l'appréciation de ce dommage différents facteurs devraient être pris en considération : facteurs liés à la personnalité de la femme, aux conditions économiques et sociales, etc. qui pourraient peser lourdement sur les conséquences physiques et psychiques de sa grossesse...

Ce faisant, ils n'ont pas pris le facteur social, ou économique, ou psychologique comme tel en considération, mais comme élément pouvant **aggraver** la menace encourue par la santé de la femme.

Il est bien évident que la porte ainsi ouverte risque de l'être très largement si l'on ne veille pas à l'application correcte du principe et que c'est là une dérogation considérable à la règle de protection de l'enfant conçu.

Si les 12 l'ont accepté — avec beaucoup d'appréhension — c'est dans le souci de trouver une **solution à la fois souple et ferme** à des problèmes extrêmement graves, et dans le souci aussi de donner au médecin des **points** de références objectifs :

En effet, ils estiment que si l'avortement doit rester un ACTE MEDICAL il doit répondre à une NECESSITE MEDICALE — conformément aux principes généraux de l'immunité médicale — et qu'en outre, dans le cas de l'avortement, qui est un acte médical « **extraordinaire** » en ce qu'il concerne **deux** patients dont l'un perdra la vie — il s'agit d'une MEDECINE D'EXCEPTION et que cette nécessité doit donc être particulièrement grave.

Mais ils ont voulu aussi que le danger menaçant la SANTE de la femme soit apprécié, non pas simplement sur le plan somatique, mais de manière **globale**, compte tenu de tous les facteurs qui peuvent

NOCERTONE LABAZ

pour le traitement de fond des céphalées migraineuses

INDICATIONS

Traitement de fond des céphalées vasomotrices notamment :
- migraines
- syndrome de Horton (céphalée histaminique).

POSOLOGIE

La dose d'attaque est de 3 comprimés par jour. Dès qu'une amélioration suffisante est obtenue, celle-ci pourra être éventuellement réduite à une dose d'entretien de 2 comprimés par jour. Dans les cas rebelles, la posologie pourra être augmentée à 4 comprimés par jour selon l'indication du médecin traitant (1 comprimé matin et midi et 2 comprimés le soir).

PRESENTATION : étui de 30 comprimés.

EFFETS SECONDAIRES

Une certaine somnolence, le plus souvent légère, a été occasionnellement observée surtout aux doses élevées. Elle peut être évitée par adaptation de la posologie. Il convient donc de tenir compte de cette possibilité surtout en début de traitement chez les conducteurs de véhicule ou de machine. Il convient également de tenir compte du fait que le Nocertone potentialise les effets de l'alcool.

CONSERVATION : à l'abri de l'humidité.

VALIDITE

Dans les conditions de conservation ci-dessus mentionnées, le Nocertone garde toutes ses propriétés thérapeutiques pendant 5 ans.

COMPOSITION

Le principe actif du Nocertone® est le fumarate acide de (diméthyl-amino-3 propylidène)-5 benzofuro[2,3-c] benzoxépine-1 (L 6257) ou fumarate acide d'oxétorone, dérivé original synthétisé dans nos Laboratoires de Recherche.

FORMULE

Oxetoron. fumaras acid. 60 mg - Sacchar. lact. - Amyl. maïd. - Gelatin. - Acid. alginic. - Magnes. stearas - Flav. quinolin. pro colore. pro tablet. compres. una, Dicalcii phosphat. - Magnes. stearat. - Amyl. maïd et Acid. alginic. obducta.



intervenir et aggraver le danger. C'est pour cela qu'ils ont postulé l'intervention d'une **structure d'accueil** pluridisciplinaire chargé non seulement d'accueillir, d'écouter et d'aider la femme, mais le cas échéant de réunir les éléments d'un dossier permettant au médecin d'évaluer le cas et de prendre une décision.

Ils ont pensé également, que sur base de ces éléments objectifs, le danger couru par la femme était « **objectivable** », c'est-à-dire **diagnosticable,** et non livré à l'appréciation subjective de la femme elle-même comme la notion de « détresse » ou de situation « existentielle ». La constitution du dossier doit pouvoir permettre en outre de vérifier le sérieux de cette appréciation. Au contraire, la notion de « conditions d'existence » est si vaste et si fluide que toutes les circonstances sont susceptibles d'y rentrer, un enfant indésiré menaçant toujours par définition les conditions d'existence de sa mère, de manière grave et durable... Il deviendrait donc **impossible de limiter l'application de la loi.**

La notion de « conditions d'existence » équivaut très exctement à la « situation de détresse » de Mme VEIL en France. De plus, une loi trop vaste ne permet plus de protéger la femme contre les pressions du milieu et le médecin contre les pressions de la femme. Telle est donc la différence essentielle entre les deux rapports, et elle se concrétise encore au niveau des modalités d'application et de contrôle.

4. Du point de vue des MODALITES D'APPLICATION ET DE CONTROLE

Ici encore apparaissent des divergences profondes, lorsqu'on lit attentivement les deux textes :

Dans les deux rapports, le passage par une stcuture d'accueil pluridisciplinaire (composition : un médecin gynécologue, un psychiatre, un infirmier social, éventuellement un conseiller conjugal ou juridique) sauf en cas d'urgence est indispensable et la décision finale reste au médecin (avec la femme). La structure d'accueil aide, dialogue, propose des alternatives, réunit les éléments du dossier.

— En ce qui concerne les structures d'accueil (éventuellement centre PMF actuels dans le rapport des 13), elles doivent être agréées par une **Commission d'agréation** créée à cet effet. Mais la composition et les attributions de cette commission varie dans les deux rapports (pour les 13 : agréation et évaluation des résultats pratiques de l'application de la loi (V. §   ); pour les 12 : agréation et contrôle de la régularité de l'application de la loi...)

— L'avortement ne peut être pratiqué qu'en **milieu hospitalier,** correctement équipé pour parer à toute éventualité
mais

pour les 13, tout hôpital agréé dans le cadre de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux fait l'affaire — pas d'agréation spéciale
pour les 12, toute clinique ou hôpital qui accepte de voir pratiquer des avortements chez elle, doit demander une **agréation spéciale** à la Commission d'agréation, laquelle pourrait la lui retirer en cas d'abus, sans pour autant arrêter le fonctionnement de tout l'hôpital.

— L'avortement doit être pratiqué :

pour les 13 : par un « **médecin** bien au courant des techniques modernes de l'avortement médical ». Initialement il était question uniquement d'un gynécologue. Dans le rapport n'apparaît plus que le mot « médecin ». Ce peut donc être un généraliste, ayant subi un entraînement spécial pour pratiquer les techniques modernes d'avortement (aspiration) en Hollande par ex. Le rapport des 13 insiste d'ailleurs sur la nécessité d'avoir une bonne pratique des techniques d'avortement pour que celui-ci soit le moins dangereux possible. Il doit donc pour cela, pouvoir le pratiquer **largement.** De plus. ce médecin n'aurait pas à demander une agréation spéciale.

pour les 12 : il ne peut s'agir que d'un **gynécologue.** Ils estiment en effet que seul le gynécologue est compétent pour poser un diagnostic sur les indications ou contre-indications de l'interruption de grossesse, peser les risques pour l'avenir gynécologique de la patiente et pratiquer l'intervention. En outre, par souci de contrôle, il estime que tout gynécologue qui serait prêt à pratiquer des avortements, devrait en faire la déclaration à la Commission d'agréation et être **agréé spécialement** à cette fin. En cas d'abus, cette agréation pourrait lui être retirée, sans que le reste de sa profession s'en trouve entravé. Cette double garantie est inexistante dans le rapport des 13.

— DECISION

Dans les deux rapports, la décision finale appartient au médecin en concertation avec la femme. Le médecin peut refuser s'il estime l'intervention non justifiée dans le cadre de la loi, ou contre-indiquée. S'il accepte, la femme doit donner son **consentement par écrit.**

Mais dans le rapport des 13 la formulation extrêmement large, permet pratiquement tout, ce qui n'est pas le cas dans le rapport des 12.

— CONTROLE

Quelles sont les garanties de sérieux et les possibilités de contrôle ? Dans les deux rapports il est question de protocole et de dossier.

MAIS :

— **pour les 13,** à part le **dossier médical** qui reste à la clinique, la seule formalité à remplir est un **formulaire** détaillé à remplir et à envoyer au **Service d'études du MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE à des fins d'étude scientifique et statistique** du fonctionnement de la loi, de la nature et de l'évolution de la demande, de la qualité des soins, des conséquences éventuelles sur la santé des femmes ou sur la courbe démographique belge. Ces formulaires sont du reste anonymes.

Le service d'études fait un **rapport** publié annuellement sur l'état de la pratique des différents centres hospitaliers et communique ce rapport à la Commission d'agréation — qui évalue ces résultats — et aux différents centres hospitaliers et structures d'accueil pour les informer réciproquement de leurs pratiques respectives.

Le cas échéant la Commission d'agréation pourrait **retirer l'agréation** à une structure d'accueil (qui remplirait mal ses fonctions d'accueil ou constituerait de faux dossiers) sans que l'on sache du reste comment elle en serait informée, mais jamais à un hôpital ou à un médecin. L'inspection des hôpitaux serait la même que celle qui se pratique dans le cadre des dispositions de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux donc aucune forme d'inspection spécifique.

Pour le reste, les 13 estiment qu'il pourrait y avoir un auto-contrôle entre membres d'une même équipe ou structure (dénonciation hypothétique) et d'une manière très générale, que l'avortement pratiqué hors des conditions prévues par la loi resterait punissable. Mais le problème de la **preuve des abus** est évidemment de nature à rendre impossible toute intervention judiciaire.

— **Pour les 12,** le dossier médical de la patiente est bien entendu une pièce maîtresse. Il reste à la clinique. Mais en outre le médecin qui aurait pratiqué l'avortement devrait envoyer un formulaire contenant les mêmes indications que celui des 13 :

— l'un au service d'étude du Ministère de la Santé publique

— l'autre à la Commission d'agréation et de contrôle; ce dernier contiendrait un volet fermé (comme en cas de certificat de décès) contenant le nom et le consentement de la patiente.
Ce volet ne pourrait jamais être ouvert par la Commission, mais uniquement par le Parquet en cas de poursuites judiciaires, déclenchées sur plainte ou d'office.

L'inspection des hôpitaux serait **spéciale.**

La Commission d'agréation et de contrôle, constatant des abus éventuels (nombre anormalement élevé d'avortements dans un hôpital) pourrait elle-même procéder par avertissement et éventuellement retrait d'agréation.

En principe, on peut penser que ces garanties sont plus sérieuses que celles des 13, pour lesquels seule l'étude statistique semble présenter un intérêt... en vue d'une amélioration de la politique à venir.

C'est là la préoccupation majeure et il est vrai que sous cet angle les répercussions d'une libéralisation de l'avortement demeurent très mal connues dans tous les pays. Ce qui m'amène à envisager dans un nouveau point les différences fondamentales qui opposent le rapport des 13 à celui des 12 en ce qui concerne les bases scientifiques sur lesquelles ils s'appuient.

5. Du point de vue des BASES SCIENTIFIQUES

Le rapport des 13 affirme partir des faits, FAITS SOCIAUX et FAITS SCIENTIFIQUES, et en tirer des conclusions pratiques.

Le rapport des 12, qui a les mêmes prétentions, a fait la **contre-épreuve.** Celle-ci s'est soldée par une étude approfondie de 200 pages sur les différentes données du problème, classées en 6 rubriques :

— données biologiques
— données médicales
— données psychologiques
— données sociologiques et démographiques
— données philosophiques et éthiques
— données juridiques

Cette contre-épreuve en effet lui avait paru indispensable en raison du caractère discutable ou peu fiable de certaines affirmations étayant le rapport des treize et des rapports d'experts qui ont été fournis à la Commission. A cette fin, toute la littérature récente dans les 6 domaines mentionnés a été soigneusement relue et analysée.

Quelques exemples des corrections ainsi apportées par les 12 suffiront ici.

a) En tête de leur rapport, les 13 affirment que si le principe du respect de la vie est unanimement respecté, la notion même de **vie humaine** est discutée et discutable : il s'agirait d'un processus continu dont aucune phase ne serait plus indispensable qu'une autre (V. § 3 et s.).

En effet :

« Le processus de développement ontogénique va de la formation de gamètes, la fécondation, le développement de l'embryon et du foetus jusqu'au développement post-natal et se perpétue en se répétant de génération en génération. Il semble impossible de trouver une limite entre la vie humaine cellulaire et la vie spécifiquement humaine ».

A quoi les 12 répondent que sur le plan purement **biologique**, le moment décisif que constitue la fécondation dans le processus de développement d'une vie humaine « individualisée » est parfaitement connu et que, sur le plan **juridique,** c'est incontestablement cette vie « individualisée » et non le protoplasme humain comme tel, que la loi protège jusqu'à ce jour.

Autre chose est évidemment de savoir quelle **valeur** la société décide d'attacher à tel ou tel stade du développement de la vie humaine individuelle, et ceci est évidemment un choix d'ordre **philosophique.**

b) Par ailleurs, la différence entre moyens **contraceptifs** et moyens **abortifs** n'a pas été précisée dans le rapport des 13. Certains passages démontrent que dans les moyens « contraceptifs » on englobe éventuellement des moyens abortifs (ex. la pilule du lendemain, le stérilet, les prostaglandines, et la régulation menstruelle).

Le rapport des 12 a inséré à ce propos des extraits du Bulletin médical de la Fédération internationale de Planning familial qui sont tout-à-fait explicites (V. IIe Partie, Titre I, Annexe).

c) En ce qui concerne les données MEDICALES, le rapport des 12 a mis en lumière l'absence de fiabilité complète ou quasi-complète des **statistiques** utilisées, non seulement en matière d'avortement clandestin, mais d'avortement **médical** (mortalité et morbidité; nombre exact d'avortements médicaux pratiqués, ainsi que des avortements répétitifs). Des données sérieuses, notamment quant aux séquelles médicales à moyen et long terme de l'avortement médical n'existent nulle part (faute de follow up et d'enregistrement correct notamment). Si le risque de mortalité est évalué de manière approximative, et naturellement il est très inférieur à celui de l'avortement clandestin et même à celui de l'accouchement normal, l'exactitude des statistiques n'est pas garantie (sous-enregistrement, extrapolation, attribution du décès à d'autres causes ...). Mais surtout il est **impossible de se faire une idée du risque sanitaire réel lié à la multiplication de la pratique de l'avortement médical** (ex. stérilité, accouchements prématurés, troubles gynécologiques, etc...). On sait seulement qu'ils doivent être notablement « inférieurs à ceux de l'avortement clandestin » et c'est pourquoi les 13 demandent une étude scientifique des formulaires et un follow-up à moyen terme permettant d'évaluer ce qui, de leur propre aveu, n'a jamais pu l'être correctement dans aucun pays du monde.

Par ailleurs, pour que l'avortement médical soit **le moins nocif possible,** il faut que différentes conditions soient remplies et notamment :

— que la femme soit **adulte, jeune**, et **bien portante**
— qu'elle ait **déjà eu une maternité**

— que l'avortement soit pratiqué **au début** du 3e mois
— que le médecin ait une **grande pratique** de l'avortement (V. SCHNABEL en Hollande)

conditions remplies essentiellement là ou l'avortement de convenance est autorisé.

Quant à la **récidive** (avortement répétitif) et au **comportement contraceptif** de la femme après avortement, le rapport hollandais sur lequel le rapport des 13 s'appuie pour affirmer qu'une attitude libérale favorise la contraception, reconnaît qu'il est impossible de s'en faire une idée exacte (notamment en raison du traitement ambulatoire et parce que l'on ne revoit plus les femmes venues se faire avorter).

Enfin, le rapport des 13 mentionne une étude affirmant que la mortinatalité (mortalité des nouveaux-nés) baisse lorsque la loi est permissive en matière d'avortement et que la santé des femmes s'améliore; mais en omettant de mentionner que cette étude reconnaît que l'on élimine par là tous les cas à haut risque... (femmes adolescentes, malades, cas sociaux, etc...).

d) Sur le plan PSYCHOLOGIQUE

Le rapport des 13 affirme que les séquelles psychologiques d'un avortement provoqué sont **négligeables;** sauf dans certaines catégories (jeune filles, malades perturbées psychiquement). On peut donc raisonnablement conclure, dit le rapport des 13 (§ 38) que l'interruption de grossesse n'entraîne pas plus de difficultés psychologiques que les autres solutions à une grossesse indésirée ». Il faudrait donc en déduire, en renversant cette phrase, que garder l'enfant n'entraîne pas plus de difficultés psychologiques que l'avortement. En réalité, une étude attentive de la littérature montre que les réponses sont beaucoup plus nuancées, et tellement contradictoires qu'il est impossible d'en tirer des conclusions solides.

L'expérience journalière montre que beaucoup de femmes qui ont avorté restent moralement ébranlées et fragiles.

En ce qui concerne le refus d'avortement, il semble qu'il soit finalement bien toléré par la plupart des femmes, dont bon nombre affirment même être heureuses du refus après la naissance de l'enfant (Rapport Lane - Grande-Bretagne).

Quant aux enfants nés après refus d'avortement, une étude tchécoslovaque extrêmement soignée (1975) constate qu'il n'y a pratiquement pas de différence de développement psychologique entre eux et des enfants acceptés spontanément.

Mais il y a lieu surtout d'être attentif à l'extrême **ambivalence** d'une femme au début de sa grossesse, presque toujours partagée par des sentiments contraires. La difficulté particulière en la matière est qu'en poussant à l'avortement précoce (le plus précoce possible)

on l'empêche pratiquement de se ressaisir et d'avoir le temps d'accepter son enfant.

Enfin, il faut signaler que lorsque la loi est très permissive, elle permet à l'entourage de soumettre la femme à tous les chantages, contre lesquels le médecin n'a plus aucune arme pour la protéger...

e) Au niveau SOCIOLOGIQUE ET DEMOGRAPHIQUE les données sont encore plus confuses.

Les 13 affirment simultanément que la population belge a un mauvais comportement contraceptif, d'où de nombreuses grossesses indésirées. Actuellement celles-ci seraient cependant acceptées pour la plupart et « une minorité seulement serait avortées ». Parallèlement cependant le même rapport affirme que le nombre des avortements est considérable (20 à 40.000 par an)... et aussi que si la loi devenait plus permissive, il n'y aurait pas de chute de natalité sensible.

En réalité, les enquêtes récentes montrent que le comportement contraceptif efficace s'est considérablement amélioré entre 1971 et 1975 notamment à la suite des campagnes d'information entreprises par le Ministre de la Santé publique (et cela sans que l'avortement médical ait servi d'occasion d'information et d'éducation), tandis qu'une étude hollandaise, antérieure à 1967 (date de l'attitude libérale envers l'avortement aux Pays-Bas) montre que les avortements clandestins y étaient en régression, grâce à la contraception également, et que le nombre des avortements a considérablement augmenté en Hollande depuis cette date, en même temps que le taux de natalité fléchissait brusquement (TREFFERS).

Le rapport des 13 affirme que si la loi est libéralisée en Belgique la chute du taux de natalité serait minime. Certes ce taux est déjà actuellement un des plus bas du monde, en dessous du taux de renouvellement de la population au point que l'on voit actuellement les écoles devoir se fermer et le nombre d'enseignants limité. Mais les données fournies à la Commission éthique font état d'une chute supplémentaire possible de 12 % (nombre de grossesses indésirées actuellement acceptées). Ce chiffre n'a pas été repris dans le rapport officiellement remis au Gouvernement.

Il va de soi que la politique démographique ne doit pas influencer le choix à faire en matière d'avortement, ou du moins qu'il ne saurait être question de repeupler le pays avec des enfants « accident » indésirés ou inacceptés. Les 12 ne l'on jamais prétendu un instant.

Mais ils se préoccupent de l'**impact psychologique** que pourrait avoir une loi permissive ou équivoque sur la MENTALITE D'ACCUEIL à l'enfant déjà si fort compromise dans la société de consommation actuelle. Quelle sera l'attitude de la population le jour où la loi proclamera que « si les conditions d'existence sont menacées » il est permis d'avorter ... ? Il y a là un réel danger sur le plan psychologi-

que et pédagogique, qui contredirait peut-être tout autre forme d'encouragement à l'accueil de l'enfant, et à la longue risquerait également de compromettre l'équilibre social et le bien-être de la population entière.

Par ailleurs, les 12 n'ont nulle part pu constater qu'à la suite d'une libéralisation large de la loi en matière d'avortement, le nombre total d'avortement avait effectivement diminué, non seulement dans les statistiques officielles, mais dans la réalité, les statistiques officielles étant généralement sous-enregistrées. La plupart des auteurs constatent au contraire avec une certaine résignation qu'il est impossible de prévoir combien de temps cette hausse durera. D'autre part, le rapport hollandais sur lequel les 13 s'appuient pour affirmer qu'à la suite de l'attitude libérale pratiquée en Hollande aucune hausse spectaculaire du nombre d'avortement ne s'était produite et que ce nombre serait même en diminution, ne tient pas compte des avortements effectués par les médecins en **privé,** ni de moyens tels que la « régulation menstruelle », qui est de plus en plus pratiquée et constitue en fait un avortement très précoce. Ces données sont donc totalement factices.

Nous ne poursuivrons pas la série des exemples, mais nous terminerons sur quelques brèves réflexions situées au niveau ETHIQUE.

f) Au niveau ETHIQUE

Les 13 ont reproché aux 12 de se placer à un niveau éthique, donc abstrait, loin des réalités sociales, et non pluraliste par surcroît, considérant par là en quelque sorte que la valeur « vie » pourrait n'être pas respectée ou interprétée de la manière par tous les Belges.

En réalité, il faut constater que les uns et les autres se placent sur un terrain philosophique, ne serait-ce qu'en plaçant la valeur « bonheur » ou « liberté » plus haut que la valeur « vie ». Il s'agit d'un simple renversement de l'échelle des valeurs, fondé sur un jugement tout aussi subjectif.

D'autre part, les 12 n'ont pas voulu s'engager sur la voie d'une indication « eugénique » (avortement pour malformation possible, en tant que telle) parce qu'il leur semblait qu'ils ouvriraient ainsi une voie redoutable à d'autres manipulations du même style, parfois plus justifiées (infanticide, euthanasie) et déjà revendiquées dans d'autres pays (aux Etats-Unis on discute déjà des commissions à mettre en place pour décider du sort de l'enfant malformé à la naissance, par exemple). Ils ont admis par contre que le traumatisme subi par la mère attendant un enfant qui risque sérieusement d'être gravement malformé pourrait être pris en considération. Ici il ne s'agit pas d'hypocrisie, mais d'humanité pour la mère, bien que l'admettre soit redoutable.

Mais surtout, les 12 ont tremblé de porter par-là atteinte à une certaine **éthique médicale** qui jusqu'à ce jour sert de meilleur garant à la confiance que le patient place dans son médecin, et à sa sécurité.

Or sur ce point, le rapport des 13 accuse ici encore une différence fondamentale et le passage qui s'y rapporte mérite d'être cité dans son entier :

§ 39 (rapport des 13)

« N'oublions pas que beaucoup de médecins ont une attitude ambiguë à l'égard de ce problème (l'avortement).

» Leurs réactions d'indignation, de répugnance, d'emparras ou de malaise s'expliquent par différents facteurs. En effet, la société a toujours assigné à la profession médicale un rôle spécifique — rappelé dans le serment d'Hippocrate — qui lui imposait de maintenir et de préserver la vie humaine en toutes circonstances.

» Ce principe fondamental d'éthique médicale **était** d'autant plus sacré que le médecin n'avait que peu de moyens d'action. En fait la médecine s'est limitée pendant longtemps à une action curative sur l'état physique. **Les possibilités médico-techniques récentes et les conceptions scientifiques nouvelles du phénomène « vie » et de sa continuité n'ont pas encore eu de retentissement suffisant sur l'éthique médicale.**

» La question de l'avortement provoqué va à l'encontre du rôle traditionnellement assigné au médecin. Celui-ci a dès lors tendance à nier le problème. Cette attitude est **de moins en moins acceptable** parce que l'intervention du médecin est nécessaire pour qu'un avortement soit pratiqué dans de bonnes conditions.

» Le médecin est parmi les personnes directement concernées, celles dont on attend en premier lieu qu'il modifie son attitude vis-à-vis de l'avortement. Il est vraisemblable que ce groupe de personnes subira une évolution profonde de façon aisée et rapide... (et de s'appuyer sur les résultats de l'enquête faite par l'Université de Gand auprès de 1.000 médecins et membres du personnel paramédical). »

Si tels sont en effet les projets d'ébranlement des bases mêmes de l'éthique médicale, il y a lieu de présumer de profonds bouleversements dans la profession médicale dans l'avenir, mais aussi dans l'avenir des patients eux-mêmes. Les médecins sont-ils réellement prêts à les accepter ? Telles est la question que se posent les 12 ? Et un tel changement — sans prôner l'acharnement médical — est-il vraiment souhaitable ?

CONCLUSIONS

Telles sont donc, au terme de ce périple, les ressemblances et les dissenblances du rapport des 13 et de celui des 12.

S'agit-il véritablement de la peste et du choléra ? Ou de l'eau et du feu ? Ni l'un ni l'autre, je crois.

Pour ma part, il me paraît clair cependant, tout bien examiné et comparaison faite, qu'à part quelques formalités supplémentaires destinées avant tout à des études de type scientifique et statistiques (§ 218 et s. du rapport), la proposition des 13 ne diffère pas sensiblement de la loi VEIL, votée en France en 1975. La loi VEIL en effet, prévoit elle aussi le passage par une structure d'accueil (établissement d'information, de consultation de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé », qui devra écouter, éclairer la femme, et lui apporter les moyens d'aide appropriés. Mais celui-ci n'aura à délivrer qu'une attestation de consultation (art. 162-4 du Code de la Santé publique). Au contraire là où la loi française limite la liberté à 10 semaines en cas de « situation de détresse », la proposition des 13 ne prévoit aucun délai. Ce qui est d'ailleurs logique. En bref, seule la présentation est plus rassurante.

Quant au rapport des 12, il a été jusqu'à l'ultime limite du possible — avec tous les dangers que cela comporte — par souci lancinant d'humanité, tout en s'efforçant de sauver ce qui pourrait encore être sauvé dans le contexte de pression nationale et internationale incroyable que nous subissons.

Au-delà, il n'y a plus de limites possibles, et c'est précisément ce qui constitue la caractéristique la plus frappante sans doute du rapport des 13 : sa constante contradiction avec lui-même : ne pas tout permettre (dans les termes) et pourtant tout permettre ou presque tout (dans les arguments invoqués, et par conséquent dans la pratique — bien que ceci n'apparaisse nulle part explicitement. C'est pourquoi aussi, entre la solution des 12 et celle des 13, il n'y a plus de marge possible pour la négociation. S'il y en avait eu une, elle aurait sans doute été découverte par les membres de la Commission eux-mêmes, au cours de leurs 18 mois de travaux.

Pour le reste, seuls ceux qui ont la conviction qu'en matière d'avortement c'est toujours la femme, ou toujours l'enfant, qui doit l'emporter peuvent se flatter de trouver la paix du cœur et de l'esprit. Pour les autres, et notamment pour ceux qui doivent, en conscience, donner un avis dans ce douloureux problème, la question de l'avortement n'est qu'une longue torture, ou l'on n'est jamais sûr que l'on a bien fait.

Ce qui est certain en tous cas, c'est que ce que les 12 ont voulu protéger avant tout, ce sont les femmes elles-mêmes contre une politique à court terme et à courte vue, les femmes et leurs enfants, sans les opposer l'un à l'autre. Ils ont demandé pour cela que les femmes soient **instruites de manière saine et complète** pour qu'elles puissent prendre elles-mêmes en main leur destin de manière consciente et responsable sans avoir à affronter le drame que constitue un avortement, puisqu'après tout, une mère et l'enfant qu'elle attend sont les deux êtres les plus proches au monde. Ils ont demandé aussi que la société prenne conscience du problème et en main ses responsabilités face à la tâche et aux difficultés innombrables qu'une femme assume en mettant un enfant au monde, afin de l'y aider, considérant que c'est cela le vrai progrès.

Enfin, ce que les 12 ont voulu sauver, si c'est encore possible, c'est moins le « respect de la vie humaine » — principe abstrait, bien qu'il ait des répercussions pratiques évidentes — que l'**amour de la vie,** le **courage de vivre** et le **goût de donner la vie.**

Quant une population, quand un pays laissent mourir ce goût-là, ils s'en remettent rarement.

Marie-Thérèse MEULDERS
Professeur à l'U. C. L.

Membre de la Commission nationale des problèmes éthiques
Responsable du CENTRE DE DROIT DE LA FAMILLE

CONCLUSIE

Na een historisch overzicht van de werkzaamheden der Kommissie bespreekt de schrijver de gelijklopende punten van de twee rapporten alsook de uiteenlopende ervan, en deze zijn aanzienlijk.

Het uitgangspunt — de feiten mogen nooit het recht voorschrijven — is verschillend, hun doelwitten liggen anders : voor de 13 bevat het verantwoordelijk ouderschap de abortus, voor de 12 moet abortus beperkt blijven tot de hopeloze gevallen; het verantwoordelijk ouderschap aanvaardt de contraceptie : het is een volwassene gedragswijze tegenover de seksualiteit.

De abortus is geen middel voor een geboorteregeling, hij is geen maatregel, die de opvoeding van het publiek in de hand werkt maar is er veeleer een hindernis toe.

De opsomming van de uitzonderingen — gevallen waarin abortus is toegelaten — mag niet zeer rekbaar zijn, want zodoende zou de wet « wazig en vaag » worden. Van dit hoofdstuk wordt een kritische bespreking gegeven, die de aandacht verdient.

Op het vlak van de toepassings- en krontrolemodaliteiten bestaan er zeer grote meningsverschillen tussen de twee teksten.

De wetenschappelijke grondslagen waarop de 13 beroep doen om hun opvatting te staven zijn onderworpen aan een kritiek, die uitgaat van al de onlangs verschenen literatuur. Als gevolg hiervan komen de wetenschappelijke werkzaamheden en de verslagen der deskundigen van het rapport der 13 in een betwistbaar en weinig betrouwbaar daglicht te staan.

Op psychologisch, sociologisch, demografisch en etisch vlak lopen de standpunten uiteen. Men mag geen konklusies trekken uit verwarde en onjuiste gegevens.

Als besluit kan men vaststellen dat het markanste kenmerk van het rapport der 13 zijn voortdurende inwendige tegenstrijdigheid is : niet alles toelaten (in de termen) en nochtans alles of bijna alles toelaten in de aangehaalde argumenten en bijgevolg in de praktiejk.

Marie-Thérèse MEULDERS